ZUR CASUISTIK DER CYSTENGESCHWÜLSTE UND ÄHNLICHER GESCHWÜLSTE DES HALSES.

1872
Lane Medical Libr

INAUGURAL - DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWUERDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHUELFE

WELCHE

NEBST BEIGEFUEGTEN THESEN

MIT

ZUSTIMMUNG DER HOCHLOEBLICHEN MEDICINISCHEN FACULTAET

DER

UNIVERSITAET GREIFSWALD

AM 29. AUGUST 1872

OEFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

THEOBALD GÉRONNE

PRACT. ARZT.

AUS ANDERNACH A. RHEIN.

OPPONENTEN:

TH. RUDOLPH, CAND. MED.

A. SETTEGAST, CAND. MED.

GREIFSWALD.

DRUCK VON FR. HACHE.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153715_0218

SEINEN

LIEBEN ELTERN.

AUS

DANKBARKEIT

GEWIDMET

VOM

VERFASSER.

Litteratur.

Dr. E. Gurlt. Ueber die Cystengeschwülste des Halses. Berlin 1855.

Dr. Lücke in Bern. Die Lehre von den Geschwülsten in anatomischer und klinischer Beziehung. Bd. II. Abtheilung 1 aus Pitha und Billroth: Chirurgie.

Schmidt's Jahrbücher 68, 138 pag. 344.
„ „ 65, 128 „ 155.
„ „ 56, 91 „ 91.

Dr. Burow jun. Zur Lehre von den serösen Halscysten. Archiv von Langenbeck's für klinische Chirurgie Bd. XII. Heft 3.

Dr. Trendelenburg, Vier Fälle von congenitalen Halscysten mit Injection von Jodtinctur behandelt. Ebendaselbst, Bd. XIII. Heft 2.

Dr. Rindfleisch's pathologische Gewebelehre.

Locale Prädisposition zur Geschwulstbildung besitzt im Vergleiche zu anderen anatomischen Localitäten in höherem Grade der Hals. Die Ursachen sind verschiedene: „Er bringt gewisse Bedingungen aus dem fötalen Leben herüber. So haben die Dermoidcysten des Halses enge Beziehungen zum Verschlusse der Kiemenbögen und stehen im Range der ebenfalls dorten vorkommenden serösen Abschnürungscysten. (Roser, Lücke pag. 127.)

Im Halse sind ferner die, was Ursprung und Entwickelung, was Bau und Function betrifft, verschiedensten Gebilde neben einander gelagert, von denen jedes, wie zu specifischen andern Erkrankungen, so zur spec. Geschwulstbildung hinneigen kann. Das verklebende,

stützende Element der Theile des Halses ist wie im ganzen Organismus das Bindegewebe. Von diesem wissen wir, dass es der häufigste Ausgangspunkt der Geschwulstformen ist, indem es selbst auf den geringsten Reiz sofort durch Bildung der indifferenten Granulationszelle antwortet.

Die am häufigsten vorkommenden Neoplasmata zeigen vorzüglich den Typus der normalen (Lipome, Fibrome) und entzündlichen (Rindfleisch) Bindesubstanz, (Sarcome). Seltener sind die Abkömmlinge des epithelialen (Thiersch, Waldeyer) Gewebes (Epithelial- und Drüsenkrebs), sowie die der höheren Gewebsformen. Diese verschiedenartigen Gewächse haben gemeinsam das Eigenthümliche, dass sie die seitliche und hintere Halsgegend als Sitz haben. Es sei indess nicht ausgeschlossen, dass dieselben zuweilen auch in der vorderen Halsgegend, dem von den Kopfnickern eingerahmten Dreiecke, betroffen worden.

Sie verfallen in der Mehrzahl dem chirurgischen Messer, sobald sie durch die Difformität, durch den die Nachbargebilde beeinträchtigenden Druck, durch rapides Wachsthum, durch Infiltration der benachbarten Drüsen, durch etwaigen Zerfall dem Patienten lästig und gefährlich werden.

Von ungleich höherem Interesse, was Diagnose und Therapie betrifft, sind für den Chirurgen die besonders an der vorderen Halsgegend vorkommenden Cystengeschwülste. Sie sind nur sporadisch in der Litteratur, und erst in statistisch verwerthbarer Zahl seit dem Erscheinen der Monographie Wernhers's

(Giessen 1843) verzeichnet. Für einen nicht kleinen Theil derselben war bis letzthin die Aetiologie ein noch nicht abgeschlossenes Thema wissenschaftlichen Streites. Auf anderer Seite finden sie sich in einer anatomisch höchst complicirten Gegend, in welcher die für Athmung, Ernährung, Gefäss- und Nervensystem, kurz für den Organismus lebenswichtigsten Gebilde verlaufen. Ihre Behandlung verlangt daher vom Chirurgen exacteste Kenntniss der Anatomie, möglichst scharfe Differentialdiagnose, welche einzig und allein das richtige einzuschlagende Verfahren bestimmt, grosse Kühnheit vereint mit weiser Umsicht.

Sehen wir von den oberflächlichen im subcutanen Bindegewebe wurzelnden Geschwülsten der Vorderhalsgegend ab, und interessiren wir uns nur für die tiefer liegenden Cystenformen, so werden wir leicht für die verechiedenen Arten und Unterarten derselben verschiedene Lieblingssitze auffinden, welche dieselben mit fast anatomischer Genauigkeit einhalten. Während die regio subhyoidea sowie Thyreo-hyoidea und laryngea fast ausschliesslich Hygrome auffinden lässt, die von vorexistirenden Schleimbeuteln herstammen, (Gurlt l. c. pag. 2) zeigt die regio thyreoidea vor Allem von dieser Drüse aus sich entwickelnde Cystenformen, die durch Ansammlung des Inhaltes solche Ausdehnung erreichen können, dass sie bis zum Unterkieferrande nach aufwärts, bis zur fossa suprasternalis abwärts und über und in den Thorax hineinragen können. Congenitale Cystenhygrome finden sich in der regio submaxillaris sowie suprahyoidea, indess auch an andern

Stellen des Halses. Dermoidcysten mit Inhalt von Producten des äusseren Keimblattes (His), welches sich in solchen Fällen abnorm, gewissermassen unzweckmässig abschnürt, sitzen am Halse zumeist in der Nähe des Zungenbeins, etwas nach dem Kieferwinkel hin. Sie liegen hier auf den Scheiden der grossen Gefässe, sind mit denselben verwachsen*), und pflegen nach oben am processus styloides angeheftet zu sein. Auf dem Boden der Mundhöhle, wo sie unter dem Namen ranula zu laufen pflegen, sowie in der Jugulargegend sind sie seltener. Die Unterkinngegend besitzt Cysten, die sowohl von aussen, als vom Munde her diagnosticirt werden und zu den Schleimbeutelhygromen oder den frei im Bindegewebe entstandenen Cysten gehören. In der seitlichen Halsgegend, zwischen Kopfnicker- und Kappen-Muskel, auch nach den anderen Halsgegenden, selbst in den Thorax hinein sich ausdehnend kommen die Cysten mit serösem Inhalte vor; dieselben hängen meist mit dem Scheidengewebe der grossen Gefässe zusammen. Selten werden Cysten mit blutiggefärbtem Inhalte, Echinococcenscysten, die tiefer gelegenen Atheromcysten beschrieben. Raritäten dürfen die angebornen Cystenhygrane des Nackens genannt werden**).

Von diesen verschiedenen Cystengeschwülsten, welche die vortreffliche Arbeit Gurlt's: („Ueber die Cystengeschwülste des Halses." Berlin 1855) in geistreicher und exacter Weise behandelt, sind unzweifel-

*) Lücke pag. 126.

**) cf. Fall 4, Trendelenburg's pag. 499.

haft von grösserem Interesse: 1. das angeborne Cysten-Hygrom des Halses, 2. die serösen Cysten ausserhalb der Schilddrüse, da sowohl ihre Aetiologie als die Art ihrer Behandlung noch wenig feststeht.

I. Das angeborne Cysten-Hygrom des Halses, Hygroma cysticum congenitum colli.

Seit Wernher, der zuerst diesen Namen für die zu besprechenden Halscysten in die Litteratur einführte, sind recht viele angeborne Hygrome diagnosticirt, beobachtet und mit verschiedenem Erfolge operirt worden. Die Bezeichnung Wernher's ist heute zum Kollectivnamen geworden für verschiedene Cystenformen, die gemeinsam haben, dass sie angeboren sind. So sind schon ein Theil von Halscysten, die auch in dem Gruppennamen Hydrocele colli confundirt waren, als Reste der Kiemenbogen, wie oben erwähnt, erkannt und geschieden worden. Ein anderer Theil cystoider Formen, der, wenn er in der Submentalgegend gefunden wird, auch mit dem Mischnamen Ranula*) belegt wird, ist, was seine Aetiologie angeht, noch völlig im dunkeln.

Unter dem eigentlichen Cystenhygrom hat man die Ansammlung von seröser, gelblicher Flüssigkeit in vielverästelte, glattwandige, von dem zerklüfteten Balkenwerke des Bindegewebes gebildete Maschenräume zu verstehen. Je mehr das Balkenwerk unter dem einschmelzenden Drucke dünner und zarter wird, zuletzt schwindet, um so mehr sind communicirende

*) Lücke pag. 123.

kleinere oder grössere Cystenräume entstanden. (Multiloculaere Cyste.) Es ist klar, dass eine bestimmte Abgrenzung gegen das umgebende Gewebe, welches öfters nach einer Seite Haut und Unterhautzellgewebe nach der anderen Seite tiefe Halsfascie ist, nicht Statt hat; ein Cystenbalg existirt also nicht. Der Cystenraum erstreckt sich in den verschiedensten durch den Verlauf lockeren Bindegewebes ihm vorgezeichneten Richtungen und ist von bald breiten, bald schmalen*), bald dicken, bald fadendünnen Bindegewebsfäden durchzogen. J. Arnold theilt die Hygrome in oberflächliche und tiefe, je nachdem sie über oder unter dem oberflächlichen Blatte der Halsfascie und dem platysma myoides sich finden. Derselbe Autor hat auch die von Luschka aufgestellte Behauptung widerlegt, dass die congenitalen Hygrome vom ganglion intercaroticum herstammen, indem er einerseits zeigte, dass jenes sog. ganglion keine dem sympathicus adjungirte Nervendrüsen, sondern nur aus eigenthümlichen Gefässbildungen bestehend sei, andererseits das Hygrom und ganglion nebeneinander vorkommen können. In den beiden bezüglichen Fällen Arnold's ist Bindegewebe hauptsächlich Sitz der Erkrankung; die benachbarten Gebilde sind sekundär nur bei dem Processe interessirt. So sind die Muskeln stellenweise durch Druck atrophirt. Gegen die Ansicht Rokitanky's, die auch Gurlt**) gänzlich adoptirt, nämlich, dass die Halshygrome das Residuum eines wäh-

*) Virchow's Archiv XXXIII. 2, p. 209, 1865.
**) Gurlt l. c. 10.

rend des intrauterinen Lebens, zu einer noch nicht näher ermittelten Zeit (!) entstandenen subcutanen Hydrops seien, wobei durch das Auseinanderweichen des areolären Bindegewebes, durch seine Abgrenzung gegen den Erguss, und durch Verdichtung und Neubildung fächerige Räume entständen, spricht, dass hydropische Cysten, wie sie bei allgemeinem Hydrops zu erwarten sein würden, an anderen Körpertheilen bis jetzt noch nicht beobachtet worden sind, sowie dass Gründe für die eigentliche Veranlassung des hydropischen Ergusses, sowie für das vorzugsweise Vorkommen am Halse physiologisch nicht beschafft werden. Das lang bestehende Oedeme zu cystischer Ausweitung des Bindegewebes führen können, ist ebenfalls noch nicht bekannt.

Die Cystenhygrome verdanken wohl ihre Entstehung einer cystoiden Entartung des Bindegewebes; keinesfalls sind sie auf die Erkrankung irgend eines Organes zurückzuführen. Eingeleitet wird der Process durch den Untergang gruppenweise angeordneter zelliger Elemente, (wohl der membranlosen kernhaltigen Protoplasmaklümpchen des embryonalen Bindegewebes.*) Die zwischen der verschieden ausgebildeten Intercellularsubstanz gelegene Protoplasmamasse erhärtet nicht, wie normal, zu den bekannten Sternen, Platten und Fasern, sondern geht einen Erweichungsprocess ein. Die Platten und Fasern der Intercellularsubstanz, die in Essigsäure aufquillt und unsichtbar

*) Rindfleisch, §. 73

wird im Gegensatze zu dem Protoplasma, bilden das die Hohlräume ausstaffirende Gerüste, die netzförmigen Septa. Denken wir daran, dass die Saftkanälchen, die kleinsten Anfänge der Lymphbahnen im Bindegewebe, welche nach von Recklinghausen mit den scheinbar blindendigenden Lymphgefässen durch minimale Oeffnungen zusammenhängen, die Gestalt flacher sternförmiger Lakunen haben und grösstentheils mit den spalt- und sternförmigen Lücken identisch sind, in welche die abgeplatteten Zellen des Bindegewebes eingelagert sind, ferner dass diese Saftkanälchen normal durch einfache Erweiterung zu Lymphbahnen werden, so werden wir nicht zu sehr die Wahrheit verfehlen, wenn wir behaupten, dass jene, Hygrom genannte Anfüllung der Bindegewebsmaschen mit seröser Flüssigkeit zurückzuführen sei auf einen abnormen Vorgang bei der Bildung der foetalen Lymphgefässe. Es muss dahin gestellt bleiben, ob eine abnorme Flüssigkeitsansammlung oder ob die pathologische Ectasie der Lymphbahnen zu dem Processe den ersten Anstoss giebt. Von grösster Wichtigkeit wäre der Nachweis eines Epithels in den serösen Hygromen; nach Lücke (l. c.) ist der Nachweiss bis jetzt noch nicht gelungen. Doch steht zu erwarten, dass eine den Endothelien der grösseren Bahnen gleiche Abplattung und Ausstattung der Bindegewebszellen gefunden wird. *)

*) Dieser Nachweis ist in jüngster Zeit von Koester in Würzburg (vgl. Centralbl. 1872 p. 471) geführt worden. Derselbe fand die Innenwand eines Hygroma cysticum colli congenitum mit den characteristischen Endothelien der Lymphgefässe bedeckt.

Nach dem Obigen wird es nicht mehr unwahrscheinlich erscheinen, dass das congenitale Hygrom einmal stationär bleibt, vielleicht spontan heilt (Beobachtung 9. Gurlt), ein anderesmal allmählig anwächst zu verschiedener bald glatter, bald höckrig fächerischer Form und Grösse, bis es endlich die vordern und seitlichen Halsseiten total aufbläht und in der Tiefe durch das gesammte subcutane, intermusculaere und intervasculaere Bindegewebe bis Tharynx und Wirbelsäule sich durcharbeitet.

Die Mehrzahl der damit behafteten Kinder sterben früh, meist vor dem 3. Monate, theils an Schwäche, theils in Folge der Störungen, welche Respiration und Circulation durch den Druck des angesammelten Wassers anhaltend erleiden. Selten sind die Fälle, wo das Hygrom ohne Beschwerden bis zur Pubertaet langsam sich ansammelte. Anzeigen zum operativen Einschreiten treten ein, sobald eine rasche Ansammlung der Füssigkeit bemerkt wird; anders hat man sich beobachtend zu verhalten, sowohl wegen des zarten Alters des Patienten, als auch weil die Natur heilen kann. *) Da kein Cystenbalg in den meisten Fällen vorhanden ist, so ist alsdann die Exstirpation unmöglich. Eine Einspritzung reizender Flüssigkeiten und besonders einer dünnen Jodlösung, wie sie verschiedentlich verhältnissmässig selten, mit günstigem Erfolge**) ausgeführt worden ist, mit dem Zwecke nach Entleerung der angesammelten Flüssigkeit eine adhäsive

*) Burow p. 979.

**) cf. statistische Tabelle Gurlt's.

Entzündung und Verklebung herbeizuführen, hat gegen zwei Missstände zu kämpfen: dass das eigentliche Cystengewebe gefässarm ist, also sehr schwer nur reagirt, dass wegen der mannigfaltigen Verzweigungen der Cystenräume nicht controllirt werden kann, welchen Weg die Flüssigkeit nimmt, so dass also mit grösster Leichtigkeit phlegmonöse Processe mit Eiterung in dem chirurgischen Messer unnahbaren Gegenden, und besonders dem mediastinum posticum (Gurlt), der tiefen Halsfascie auftreten können. Nach der Einlegung eines dünnen Haarseiles, der Punktion vorausgegangen war, traten regelmässig so heftige Reaktionen auf, dass die Entfernung sofort erfolgen musste. Dies Verfahren bewirkt eine kräftige Vereiterung der Geschwulstmasse, allerdings mit Leben bedrohlichen Gefahren für den Patienten. Aehnliche Erfolge wurden durch die Ligatur erzielt. (Arnott.) Sowohl Setaceen als Ligatur dürfen nur als vorsichtige Unterstützungsmittel nach vorheriger Incision und Excision*) für kleinere, dem Messer nicht zugängliche Massen in Gebrauch gezogen werden. Am empfehlenswerthesten sind nach Burow in Pausen ausgeführte Punktionen und Incisionen, obwohl auch diese leichtesten Eingriffe nicht ohne Gefahr sind. Eine partielle Exstirpation (Nelaton) ist einzig und allein nur indicirt, wenn die Geschwulstmasse erwiesenermaassen oberflächlich d. h. direct über dem Platysma liegt.

(Ueber den Werth der einzelnen Methoden spricht eingehend Gurlt's Monographie.)

*) Gurlt pg. 35.

1. Fall von Hygroma cysticum colli congenitum von Faustgrösse; Punktion mit nachfolgender Drainage Heilung.

Meta Schwarz, 1½ Jahre alt, aus Barth a. O., stellte sich am 22. November 1867 in der hiesigen chirurgischen Poliklinik vor mit einem Taubeneigrossen Tumor in der rechten regio supraclavicularis. Gleich nach der Geburt war ein erbsengrosser Tumor am Halse bemerkt worden, der sich allmählig bei dem sonst kräftigen und gesunden Kinde entwickelt hatte. Zwei Punktionen mit der Akupunkturnadel entleeren einige Tropfen klarer Flüssigkeit.

Am 23. November. Tumor über Faust gross, schwillt beim Schreien des Kindes an. Eine Punktion mit dem Middeldorpf'schen Troicart, vom Geh. Rathe Dr. Bardeleben ausgeführt, entleerte 50 Gramm braunrother Flüssigkeit, die zahlreiche Cholestearinkrystalle erkennen liess.

Am 26. November wurden wieder 60 Gramm entleert.

Am 29. November 50 Gramm. Sogleich nach dieser Punktion, die quer durch den Tumor gemacht wurde, wurden einige Fäden durch die Stichöffnungen hindurchgeführt; darüber wurde gewöhnlicher Deckverband angelegt. An den Fäden sickerte die nächsten drei Tage etwas blutig seröse Flüssigkeit herunter; Tumor wurde härter und kleiner.

Am 5. December wurde Drainage mit Gummiröhren durch den damaligen Assistenten Dr. Vogt durchgelegt. Es zeigte sich Eiterung an den Stichöffnungen.

Der Tumor schrumpfte mehr und mehr unter mässiger Suppuration ohne erhebliche Fibererscheinungen innerhalb dieses Monats zusammen.

Im August 1868 sah Herr Dr. Vogt, Dozent und Assistenzarzt der hiesigen Poliklinik, der mir die Veröffentlichung dieses Falles gütigst übertrug, das Kind noch einmal vollständig gesund. Als Residuum der früheren Cyste zeigten sich nur die kleinen Narben von der letzten Punktion herrührend.

2. Fall von Hygroma colli cysticum congenitum. Exstirpation. Heilung.

Das 1½ Jahr alte Kind, Richard Burckhardt aus Wieck, wurde am 1. August 1870 in die hiesige Klinik aufgenommen.

Am Halse in der linken Submarillargegend präsentirt sich ein Kinderfaustgrosser Tumor, der wegen seiner festen Consistenz für eine angeschwollene Lymphdrüse gehalten wird. Demgemäss wird die Exstirpation von Professor Hüter unternommen. Bei der Freilegung der Geschwulst erkennt man die durch die Wandung durchscheinende Flüssigkeit. Die Exstirpation wird weiter in die Tiefe fortgesetzt und geht direct zwischen Carotis ext. und dem tumor bis auf das submucoese Gewebe des Pharynx.

Es gelingt den Tumor ohne Verletzung seiner Wandungen herauszuschälen. Mehrere kleinere Arterien erfordern den Verschluss durch die Ligatur.

Die Heilung erfolgte ohne Zwischenfall und wurde Patient am 13. August geheilt entlassen.

Der Tumor befindet sich in der Sammlung des hiesigen pathologischen Instituts.

Während in den häufigsten Fällen die Cystenwandung so dünn ist, dass sie dem Peritoneum vergleichbar ist, hatte sie ausnahmsweise in dem berichteten Falle eine solche Dicke, wahrscheinlich durch Anlagerung und Verdichtung der fibrösen Stränge, dass das Messer zwischen Cyste und ihrer Umgebung scheiden konnte. Der Ausspruch Gurlt's*), dass von einer gefahrlosen totalen Exstirpation keine Rede sein könne, erfährt durch diese von Professor Hueter glücklich und verhältnissmässig leicht ausgeführte Operation, den ersten und grössten Widerspruch.

3. Fall von cavernöser Gefässgeschwulst des linken Halses bei einer 23jährigen Person. Behandlung.

Die jetzt 23 Jahre alte M. Kaiser aus Wolgast bemerkte seit dem 7. Lebensjahre eine Anschwellung des linken Halses, welche anfänglich kaum sichtbar sich allmählig zu dem Umfange eines eigrossen Tumor vermehrte. Dieselbe sass im linken Trigonum caroticum und machte der Patientin keinerlei Beschwerde. Mit dem 16. Jahre trat ein Stillstand im Wachsthum des Tumor ein. Patientin entsinnt sich, dass derselbe damals auf Druck zu entfernen war, nach dessen Aufhören sich die Füllung wie vorher einstellte. Seit den letzten zwei Jahren ist ein stärkeres Anschwellen eingetreten und stellte sich bei schlechtem Wetter reissender stechender Schmerz in der Gegend seines Sitzes

*) Gurlt l. c. 2

ein. Der Tumor beeinträchtigt die Patientin weder beim Sprechen noch bei Schlingbewegungen. Die einzige Beschwerde, die sie durch den Tumor hat, ist die Schiefhaltung des Kopfes nach rechts. Ein Arzt der Gegend machte zur Feststellung der Diagnose eine Incision, durch die eine kleine Menge blutiger Flüssigkeit entleert wurde. Da sich die Geschwulst immer mehr vergrösserte, so stellte sich die Patientin am 25. Juni in der hiesigen Poliklinik vor.

Die Geschwulst, welche die linke Halsseite stark aufbläht, füllt deutlich sowohl das Carotisdreieck, als die Oberschlüsselbeingrube. Der Kopfnicker, als dicker Strang durchzufühlen, theilt den Tumor gleichsam in eine vordere und seitliche Partie. Die Haut ist über demselben leicht hin- und herschiebbar. Der aufgelegte Handteller diagnosticirt eine Pulsation, welche mit dem Arterienpuls isochron auf die Carotis bezogen wird. Die teigig consistente, weiche Anschwellung verschwindet mehr und mehr bis gänzlich bei einem allseitig comprimirenden Drucke. Sobald dieser nachlässt, kehrt auch die Anschwellung zurück. Während des Druckes kann die Patientin sowohl sprechen als schlucken.

Am 27. Juni wurde von Herrn Prof. Hueter auf der Höhe des Tumor eine Probe-Punktion gemacht, und ein hellroth gefärbtes Blut entleert. — Compressionsverband. — Die Vermuthung, dass es sich um einen tumor cavernosus handele, wird aufgestellt.

Am 28. Juni incidirt Prof. Hueter auf den Tumor durch die Haut. Kleine Einstiche in die blossgelegte

Wandung liessen nur Blut austreten. Man konnte deutlich den maschigen Bau des Tumor convernosus erkennen, und hiermit war der Zweck der explorativen Incision erfüllt. Diese Punktionsöffnungen werden zugebunden und ein Compressivverband angelegt.

Der Verband mit Collodium wird jeden dritten Tag wiederholt. Alle diese Eingriffe blieben ohne jeglichen merklichen Einfluss.

Am 12. Juli. Die Incisionswunde ist fast ganz narbig geheilt. Es wurden darauf auf Grund der Resultate, welche von Langenbeck durch subcutane Injection von Ergotin zuerst bei Aneurysmen erzielt hat und welche die Anwendung desselben Mittels durch Dr. Vogt für die Varicositäten der Unterschenkelvenen bestätigt, sechsmal subcutane Ergotineinspritzungen gemacht und zwar 3 mal eine halbe, 3 mal eine ganze Pravaz-Spritze eingestochen.

Die Formel des Receptes ist die von von Langenbeck für ein Aneurysma der Subclavia angegebene:

Rp. Extr. secal. cornut aquos 2,0
Glycerini 10,0
Spir. vini 5,0

Am 31. Juli. Der Tumor hat etwas an Umfang verloren, an Consistenz gewonnen. Auf Druck schwillt er so leicht, wie früher ab. Um die Injectionsstiche ist das subkutane Bindegewebe stark verdickt.

Am 3. August wird ein Compressivverband mit Pelotte aus zusammengelegter Leinwand angelegt. Derselbe Verband wird am 5. August wiederholt.

Bei der ferneren Behandlung wird man sich so

lange als möglich operativer Eingriffe enthalten und erst, wenn der Tumor stärker anwächst, oder durch Zerfall oder Druck auf die Nachbarschaft lebenbedrohlich wird, zur Operation d. i. der Exstirpation schreiten. Dieselbe ist bei den kleinen kavernösen Tumoren desshalb gut ausführbar, weil sie sich meist scharf gegen die Nachbarschaft differenziren. Bei Exstirpation des geschilderten Tumors stehen jedoch wegen der Tiefe seines Sitzes und wegen der Nachbarschaft der grossen Halsgefässe begründete Bedenken entgegen. Injectionen von Salpetersäure, Eisenchlorid u. a. m. dürfen in diesem Falle keineswegs Anzeige finden, da zu wahrscheinlich Verjauchung des Tumor mit nachfolgender difformer Narbenbildung eintreten würde.

Lebenslauf.

Theobald Géronne, geboren am 13. April 1847 zu Andernach am Rhein, katholischer Confession, Sohn des dort ansässigen Gerbereibesitzer Nicolas Géronne, und der Susanne geb. Gerlach, besuchte auf dem Progymnasium seines Vaterstädtchens die sechs untern Klassen; die Prima auf dem Gymnasium zu Koblenz. Von hier im Herbst 1866 mit dem Zeugnisse der Reife entlassen, besuchte ich um Medicin zu studiren im Herbst die Universität Bonn. 1867 bezog ich die Universität zu Marburg und im Herbst 1868 ging ich nach Berlin um meine Studien fortzusetzen. Im Herbst 1869 ging ich nach Greifswald und wurde von dem zeitigen Rector Herrn Geh. Med.-Rath Pernice immatriculirt und vom Herrn Prof. Mosler in das Album der med. Facultät inscribirt. Das Tentamen physicum absolvirte ich am 6. März 1869 in Berlin und das Examen rigorosum am 8. Juli 1870 in Greifswald.

Ende des Monats Juli trat ich als Unterarzt in die Armee ein, machte als solcher den deutsch-französischen Feldzug im XIV. Armeecorps mit, und wurde im Juni 1871 entlassen. Im Herbste kehrte ich nach Greifswald zurück, um mich zum Staatsexamen vorzubereiten, und kursirte vom Monat Februar bis Juli 1872.

Ich hörte die Vorlesungen

in Bonn,

Winter 1866.

Praeparirübungen des Geheim.-Rath M. J. Weber und Prof. M. Schultze.

Anatomie des Menschen, Prof. M. Schultze.

Gefässlehre, Zeugungslehre, Prof. de La Valette-St. Georg.

Encyclopaedie der Medicin, Prof. Schaffhausen.

Sommer 1867:

Sinnesorgane, Prof. Max Schultze.

In Marburg,

im Winter 1867:

Praeparir-Uebungen bei Prof. Lieberkühn & Wagner.

Anatomie des Menschen bei Prof. Lieberkühn.

Physiologie des Menschen bei Prof. Nasse.

Chemisch-technische Arbeiten im Laboratorium bei Prof. Carius,

Ueber Eingeweidewürmer bei Prof. Wagner.

im Sommer 1868:

Mikroscopische Anatomie bei Prof. Lieberkühn.

Physiologie des Menschen bei Prof. Nasse.

In Berlin besuchte ich

im Winter 1869:

Die propaedeutische Klinik des Geheimrath Dr. Traube.

Die pathologisch-anatomischen Vorlesungen des Prof. Virchow.

Die Klinik des Geheim-Rath Dr. v. Langenbeck.

Die Vorlesungen:

Ueber innere Medicin bei Prof. Hirsch.

Ueber Fracturen & Luxationen bei Prof. Gurlt.

Ueber Arzneimittellehre bei Prof. Mitscherlich.

Ueber Ophthalmologie bei Prof. Boehm.

Im Sommer 1869.

Klinik des Geheim-Rath Bardeleben.

Cursus und Vorlesungen der pathologischen Anatomie bei Prof. Virchow.

Klinik des Geheim-Rath von Langenbeck.
Klinik für Hautkrankheiten & Syphilis des Prof. Lewin.
Klinik für Ophthalmologie des Geheim-Rath Boehm.
Operations-Cursus bei demselben.

Vorlesungen:

Ueber innere Medicin bei Prof. Hirsch.
Ueber Bandagenlehre bei Prof. Gurlt.

In Greifswald besuchte ich

im Winter 1869:

Die chirurgische Klinik, Prof. Hüter.
Die medizinische Klinik, Prof. Mosler.
Die geburtshüfliche Klinik, Geheim-Rath Dr. Pernice.
Forensische Psychiatrie bei Dr. Arndt.
Chirurgische Propaedeutik bei Dr. Vogt.
Physikalische Diagnostik bei Prof. Mosler.

im Sommer 1870 besuchte ich die

Chirurgische Klinik des Prof. Hüter.
Medicinische Klinik des Prof. Mosler.
Geburtshüfliche Klinik des Prof. Pernice.

Vorlesung:

Ueber Chirurgie des Dr. Vogt.
Ueber physikalische Diagnostik des Dr. Krabler.
Cursus der pathologischen Anatomie des Prof. Grohé.

THESEN.

I.

In Fällen von serösen, durch eine Membran abgegrenzten Cysten des Halses ist die Incision mit nachfolgender Einspritzung von Tinctura jodi ein empfehlenswerthes Verfahren.

II.

Bei cavernösen Tumoren hat man stets ausserhalb der Geschwulst zu operiren.

III.

Bei complicirten Verletzungen des Ellbogengelenkes ist die primaere Resektion das beste terapeutische Verfahren.